

Preparticipación Atlético Examen Físico, Actualización

Artículo VII 36.14 (1) Examen Físico. Todos los años cada estudiante (grados 7'12) presentará al supervisor del estudiante un certificado firmado por un médico y el cirujano licenciados, médico y cirujano osteopáticos, el osteópata, enfermero registrado avanzado (ARNP), ayudante de médico o médico calificado de la quiropráctica, al efecto que el estudiante se ha examinado y puede entrar seguramente en la competencia atlético. Este certificado de examen físico es válido para los propósitos de esta regla para uno (1) calendario año. Un periodo de gracia, no exceder treinta (30) días, es permitido para certificaciones expiradas de examen físico.

Cuestionario para la Participación Atlético (por favor escribe a máquina o imprime ordenadamente esta información)

Nombre _____ Masculino _____ Hembra _____ Fecha del nacimiento _____ Grado _____

Domicilio _____ Distrito Escolar _____

Nombre de padre/guardián _____ Fecha _____ Numero del teléfono _____

Médico de la familia _____ Teléfono del médico _____

HISTORIA DE LA SALUD (Las preguntas siguientes deben ser completadas por el estudiante-atleta con la ayuda de un padre o guardián. Un padre o el guardián son requeridos a firmar en al otro lado de esta forma después que el examen físico se completa.)

Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...

1 ___ Alergia medicinas, al polen, los insectos, comida? 2

___ Enfermedad que dura más de una (1) semana? 3 ___

El Asma o dificultad que respira durante ejercicio? 4 ___

Enfermedad o la herida que es crónica o recurrente? 5 ___

La Diabetes?

6 ___ Epilepsia u otros ataques?

7 ___ Llevar lentes o lentillas?

8 ___ La infección del herpes o MRSA?

9 ___ Hospitalizaciones (de noches o más largo)?

10 ___ El Síndrome de Marfan?

11 ___ Perdiendo órganos (ojo, un riñón, un testículo)?

12 ___ La fiebre Reumática, el mononucleosis?

13 ___ Las tomas o frecuente dolores de cabeza?

14 ___ La cirugía?

***** 15

___ Presión en el pecho, dolor o sensación de opresión con el ejercicio?

16 ___ El mareo o desmayar con ejercicio?

17 ___ Dolores de cabeza, mareos o desmayos durante, o después de hacer ejercicio?

18 ___ Los problemas cardíacos (compitiendo, el murmullo, golpes saltados, la infección, etc.)?

19 ___ La hipertensión o el colesterol alto?

Si No Historia de Familia

34 ___ ¿En su familia tiene cualquiera síndrome de Marfan?

35 ___ ¿Ha alguien de su familia murió de problemas cardíacos o cualquier motivo inesperado/inexplicada antes de la edad de 50 años?

36 ___ ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibriladores implantables?

37 ___ ¿Tiene alguien en su familia había inexplicable desmayo, convulsiones, o cerca de ahogarse?

38 ___ ¿Alguien en su familia tiene asma?

39 ___ ¿Usted o alguien de su familia tienen rasgo de células falciformes o la enfermedad?

Utilice este espacio para explicar cualquiera del encima de numerado "sí" respuestas (preguntas #1-38) o para proporcionar información adicional: _____

40 ¿Es usted alérgico a cualquier prescripción o medicinas sin receta? Si sí, lista: _____

41 Lista todos medicinas que usted actualmente está tomando (incluir inhalantes de asma y EpiPens) y la condición que la medicina es para-
A _____ B _____ C _____ 42

Año del último conocido- El tétano inyección _____ Vacunación de Meningitis _____ Vacunación de Influenza _____ 43

¿Qué es el más y menos usted ha pesado en el año pasado? Mayoría _____ Menos _____ 44 ¿Está usted contento

con su peso actual? Sí _____ No _____

PARA MUJERES SOLO

1. ¿Cuántos años tenía cuando usted tuvo su primer período menstrual? _____

2. En el año pasado, ¿qué es el tiempo más largo que usted ha ido entre períodos menstruales? _____

Registro Físico del Examen (Ser completado por un médico de profesional licenciado como designado en el Artículo VII 36.14(1). Esta evaluación es de sólo determinar la prontitud para la participación de deporte. No se debe utilizar como un sustituto para exámenes regulares de salud.

Nombre de atleta _____ La altura _____ Peso _____

Pulso _____ Tensión _____ / _____ (Repita si anormal _____ / _____) la Visión R 20/ _____ L 20/ _____

NORMALES	CONCLUSIONES	ANORMALES	INICIALAN	1. La apariencia (esp. Marfan's) _____
				2. Los ojos/orejas/nariz/garganta _____
				3. El tamaño del alumno (Iguala/no igual) _____
				4. La boca & dientes _____
				5. El cuello _____
				6. Nodos de linfa _____
				7. El corazón (Parándose & Mintiendo) _____
				8. Pulsos (esp. Femoral) _____
				9. El pecho & pulmones _____
				10. El abdomen _____
				11. Pele _____
				12. Los genitales-Hernia _____
				13. El músculo esquelético-ROM, la fuerza, etc. (Vea las preguntas 24-28) _____
				14. Neurológico _____

Los comentarios con respecto a conclusiones anormales - _____

La Recomendación Atlética de la Participación de los Licenciados Médicos Profesionales

REPLETO & ILIMITADA PARTICIPACION

LIMITO PARTICIPACION-NO puede tomar parte en el siguiente (verificó)

____ Béisbol ____ Baloncesto ____ A campo través ____ Fútbol americano ____ Golf ____ Fútbol ____ Béisbol para chicas
____ Natación ____ Tenis ____ pista(correr) ____ Voleibol ____ Lucha ____ Lanzamiento

Espacio Libre pendiente documentado sigue de _____

No aprobado para la Participación Atlética debido a: _____

de Médico Licenció Profesional (Imprimió) La Fecha _____ Nombre

Firma de Médico Licenció Profesional Numero del teléfono **El permiso y la liberación de los Padres o el Guardián (Firme después del examen físico se ha completado.)** Yo verifique la certeza de la información en el lado opuesto de esta forma y doy mi consentimiento para el estudiante denominado para entrar en actividades atléticas aprobados como un representante de su escuela, menos que esas actividades indicadas por encima del profesional licenciado. También doy mi permiso para el médico del equipo, certificado de entrenador de atletismo, u otro personal calificado para dar tratamiento de primeros auxilios a mi hijo o hija en un evento atlético en caso de lesión o enfermedad y compartir la información necesaria sobre la lesión/enfermedad con el personal escolar apropiado.

nombre del padre/guardián (Imprimió) Firma del padre/guardián _____ El

Dirección de domicilio (Apartados de correos de calle, la ciudad, el estado, la cremallera) El numero del teléfono _____